

Järvenpään sosiaalisairaalan asiakkaista on puolen vuoden kuluttua hoidon päättymisestä raittiina 10 %. Noin 40 % on vähentänyt päihteiden käyttöä, noin 40 % käyttää samalla tavoin kuin ennen hoitoa ja 10 % on lisännyt käyttöä. Kuva muodostuu vielä dramaattisemmaksi, kun todetaan, että 18 % asiakkaista aloittaa juomisen sairaalastalähtöpäivänä ja yhteensä 35 % on aloittanut juomisen viimeistään viikon kuluttua sairaalasta lähdön jälkeen. Nämä prosenttiluvut perustuvat seurantatutkimukseen, jossa tiedot on kerätty joko asiakkailta itseltään tai heidän lähiomaisiltaan, tavallisin avio puolisoilta.

Tuloksellisuuskysymyksen toinen puoli liittyy kustannuksiin. Järvenpään sosiaalisairaalan bruttokustannukset ovat noin 4,6 milj. mk vuodessa. Sairaalassa on 168 paikkaa. Yhteensä laitoksessa oli vuonna 1976 1 205 henkilöä. Majoitetut vieraat mukaan lukien hoitopäiviä oli 49 000. Tämä on 80 % maksimaalisesta majoitusvuorokausien määrästä. Keskimääräinen henkilöluku hoitopaikkaa kohti oli 7,2 ja keskimääräinen laitoksessaoloaika 40 vuorokautta.

Laitoksessa on henkilökuntaa yhteensä 86, josta ns. hoitohenkilökuntaa on 33 eli kutakin hoitohenkilökuntaan kuuluvaa kohti on keskimäärin 5 asiakaspaikkaa. Vuonna 1976 laitoksessa kävi keskimäärin 36 henkilöä kutakin hoitohenkilöstöön kuuluvaa kohden. Sairaalan nettokäyttö-

kustannukset majoituspäivää kohden olivat 75,60 mk. Keskimääräinen 40 vuorokauden hoito tulee maksamaan noin 3 000 mk.

Hoitotulosten dramatiikka tihenee vielä, jos se yhdistetään kustannuksiin. Jos hoidon onnistumisen kriteerinä pidetään vähintään puoli vuotta kestänyttä raittiutta, jokainen onnistunut tapaus on tullut maksamaan 46 000 mk. Jos oletamme, että hoidosta hyötyneiden osuus olisi yhteensä 50 %, jokainen hoidosta hyötynyt olisi tullut maksamaan runsaat 9 000 mk (Järvenpään sosiaalisairaalan toimintakertomus vuodelta 1976). Kärjistäen voidaan sanoa, että nämä luvut eivät osoita juuri muuta kuin sen, miten helppoa hoidon tuloksellisuuden arvioinnissa on päätyä absurdeetteihin ja toivottomuuteen.

Päihdehuollon osuus valtion budjetissa ei tosin edusta mitenkään erityisen suurta osuutta sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen kokonaissummasta: 33 milj. mk eli noin 3 %. Menot ovat kuitenkin koko ajan kasvamassa. On myös otettava huomioon, että päihdeongelmaiset rasittavat tietysti muita terveydenhuolto- ja sosiaalisektoreita.

Pelkkä määrällinen resurssien lisääminen ei kuitenkaan ratkaise hoidon tuloksellisuuden ongelmia. On ratkaistava, mihin näillä resursseilla pyritään ja missä tuloksia on odotettavissa.

Hoidon tuloksellisuus ei ole pelkästään varainkäyttöongelma. Se ahdistelee hallintomiehiä, se kiinnostaa alan työntekijöitä ja se koskettaa jokaista päihdehuollon palveluksia käyttävää henkilöä.

Tämä on kirjoittajan pitämä esitelmä Alkoholisti-
huollon keinot ja tuloksellisuus -seminaarissa Hel-
singissä 31. 10. 1977.

Tutkimusten tarpeellisuudesta

Määrällisessä mielessä hoitotulostutkimuksista ei ole pulaa. Sitäkin tärkeämpää on tietää, missä määrin tutkimusten tulokset ovat luotettavia ja millaisia johtopäätöksiä niiden nojalla voidaan tehdä.

Kaikkein yleisimpiä ovat sellaiset kokeelliset tai kokeilunomaiset tutkimukset, joissa hoidon jälkeen on mittaamalla arvioitu hoitotulosta, usein jopa ilman, että tulosta olisi verrattu asiakkaiden hoitoa edeltäneeseen tilaan. Varsinkin 1960- ja 1970-luvulla ovat yleistyneet seurantatutkimukset, joissa kokeelliseen tutkimusasetelmaan on liitetty tietyn seuranta-ajan jälkeen suoritettu mittaust. Alussa mainitsemani jälkiseurantatulokset Järvenpään sosiaalisairaalan asiakkaista perustuvat tällaiseen menettelyyn.

Viime aikoina on kirjallisuudessa alkanut esiintyä myös klassiseen koeasetelmaan perustuvia tutkimuksia, joissa mitaukseen on liitetty myös vertailuryhmän tutkiminen. Kaikesta huolimatta tällaiset aidosti kokeelliset tutkimukset ovat edelleen verraten harvinaisia, mikä johtuu mm. siitä, että vertailuryhmien sulkeminen hoidon ulkopuolelle on eettisesti arveluttavaa (Giesbrecht & al. 1975).

Teknisiä ongelmia

Hoitotulostutkimuksiin liittyy joukko ongelmia, joita ei suinkaan aina ole riittävän vakavasti otettu huomioon tutkimusten suunnittelussa ja tulosten tulkinnassa.

Jo aineiston tilastollinen luotettavuus on usein hankalasti todettavissa. Hoidon piiriin hakeutuu tavalla tai toisella valikoitunut alkoholistiaines. Esimerkiksi leimaantumisen pelko, raitistumisen pelko, epäilykset hoidon tehokkuudesta ja monet muut välittömästi hoitomotivaatioon liittyvät seikat aiheuttavat karsiutumista. Varallisuus ja sosiaalinen tausta ovat niin ikään tekijöitä, joilla on selvä vaikutus siihen, hakeudutaanko hoitoon ja mihin,

hakeudutaanko vapaaehtoisesti vai joudutaanko pakosta. Myös jälkiseurannassa tavoittamatta jääneet aiheuttavat tuloksiin systemaattista virhettä.

Neljän amerikkalaisen tutkijan ryhmä on systemaattisesti eritellyt niitä virheitä, joita tällaisesta valikoitumisesta saatava aiheutua tutkimusprosessin edetessä (Miller & al. 1970). He erottivat kaikkiaan 12 eri vaihetta alkaen alkoholismien määrittelyn aiheuttamasta virheestä päättyen jälkihaastattelusta kieltäytymisen aiheuttamaan virheeseen.

Aineistona tutkimusryhmällä oli vuosina 1964 ja 1965 Houstonin veteraanisairaalaan hakeutumassa olleet miehet, yhteensä 343 henkilöä. Tutkijat aloittivat karsiutumisen seurannan siinä vaiheessa, jolloin asiakkaat ilmoittautuivat sairaalaan, ja jättivät huomiotta sitä ennen tapahtuneen valikoitumisen. Hoitoon hakeutuneista 69:ää ei otettu sisään, koska he suhtautuivat haluttomasti tarjottuun hoito-ohjelmaan. Jonotusvaiheessa karsiintui 68 henkilöä; 9 putosi, koska he eivät kysyneet antamaan tietoja itsestään; 51 keskeytti hoidon; 33:a ei jäljitetty, koska he olivat muuttaneet pois; 5 oli kuollut; 12:ta ei tavoitettu; 8 kieltäytyi haastattelusta. Loppuun asti selvisi 88. Tämä osoittaa, että valikoituminen aiheuttaa vakavia ongelmia tulosten tulkinnassa, eikä näitä ongelmia tule pyrkiä sivuuttamaan vähin äänin.

Toiseksi tutkimukset eroavat toisistaan siinä, miten pitkiä seuranta-aikoja niissä sovelletaan. Keskeinen ongelma pitkissä seuranta-ajoissa on se, että muut seikat kuin varsinainen hoito vaikuttavat tulokseen. Toisaalta lyhytaikaiset tulokset eivät ole kiinnostavia. Liian usein unohdetaan, että oli seuranta-aika mikä tahansa, on liian optimistista viedä seurantatutkimusten positiiviset tulokset ilman muuta juuri hoidon tiliin.

Kolmas virhettä aiheuttava tekijä liittyy tietenkin itse tietojen saantiin; ryypäämistä yritetään salata ja menestymistä korostaa. Keskeinen tämä ongelma ei Järvenpään seurantatutkimuksissa kuitenkaan ole, sillä tietoja on yleensä mahdollista kontrolloida melko luotettavasti.

Neljäs menetelmäongelma koskee käsitteiden määrittelyä. Alkoholismien käsite on tunnetusti moniselitteinen. Niin

kauan kuin alkoholistin tai alkoholiongelmaisen käsitettä ei ole mahdollista määrittellä yksiselitteisesti, emme tiedä, keitä me oikeastaan hoidamme ja tutkimme. Tämän vuoksi hoitotulostutkimusten yleistäminen on vaikeaa.

Myös hoitotulosten arviointikriteerit ovat usein epäselviä. C.D. Emrickin mukaan 90 %:ssa vuosina 1952—1971 englanniksi julkaistuista asiaa koskevista tutkimuksista on käytetty hoidon onnistumisen tai hyödyllisyyden kriteerinä juomiskäyttäytymistä (Emrick 1974). Sen mittaamiseen liittyy tietysti pulmia, mutta joka tapauksessa se on kriteerinä selvä ja tarpeeksi konkreettinen.

Myös muita kriteereitä on käytetty. Tällaisia ovat persoonallisuuden mukautumista koskevat osoittimet, työhön sijoittuminen, kotiolot, ihmissuhteet, perhesuhteet jne. Näille kuitenkin on tutkimuksissa yleensä annettu suhteellisen vähän painoa (Emrick 1974).

Objektiivisten kriteerien puuttuessa vaarana on, että tutkimuksilla pyritään keinotekoisesti osoittamaan hoito tulokselliseksi. Jos yksi mittari ei näytä positiivista tulosta, etsitään toinen ja näin päädytään helposti mielivaltaisuuksiin.

Tavoitteista ja tuloksista

Hoidon tuloksellisuus yleensä on ollut tärkein kysymys, jota tutkimuksen avulla on pyritty selvittämään.

Mainitussa katsauksessa, joka koski 265 tehtyä hoitotulostutkimusta, Emrick tarkasteli, millaisiin yleisiin tuloksiin on päästy käytettäessä psykologisesti orientoitunutta hoitotapaa (Emrick 1974). Käytetyt hoitomenetelmät vaihtelivat aina disulfiramhoidosta erilaisiin ryhmähoitosovellutuksiin asti. Kriteerinä hän käsiteli hoidon jälkeistä juomistapaa.

Poistettuaan sellaiset aineistot, joissa oli mahdollisuuksia virheellisiin tulkintoihin ja joissa ei juomistavan perusteella voitu tehdä yksiselitteistä luokittelua, Emrick arvioi laskelmiensa aritmeettisten keskiarvojen perusteella, että kaksi kolmasosaa hoidossa olleista henkilöistä

oli joko raitistunut tai muuten parantanut juomistapojaan. Yhden kolmasosan kohdalla ei ollut tapahtunut muutosta. Raitistumisprosentti oli tutkimuksissa keskimäärin 30. Keskimääräinen huonontumisprosentti oli 10. Hankaluutena katsauksen suorittamisessa oli se, että luokittelutapojen erilaisuuden vuoksi ei tutkimuksia voitu tarkastella yhdellä ulottuvuudella raittiit—vähentäneet—käyttöennallaan—lisänneet, kuten sosiaalisairaalan jälkiseurannassa on tehty ja saatu tämän esityksen alussa mainittu jakautuma.

Keskiarvojen ohella Emrick tarkasteli myös hajontoja. Hän totesi, että raittiiden osuus oli eri tutkimuksissa vain harvoin alle 10 % tai yli 53 %. Yleensä parantuneiden (eli muutosta osoittaneiden) osuus oli vain harvoin alle 49 % tai yli 84 %. Ei-parantuneiden (eli muutosta osoittamattomien) osuus oli vain harvoin alle 16 % tai yli 52 %. Huonontuneiden osuus oli vain harvoin alle 0,2 % tai yli 20 %.

Emrick havaitsi myös, että positiiviset muutokset juomiskäyttäytymisessä olivat yhteydessä positiivisiin muutoksiin persoonallisuudessa, työ- ja ihmissuhteissa ja eräissä muissa seikoissa. Vastaavan tuloksen sai E.M. Pattison omassa tutkimuskatsauksessaan (1974).

Hoitotulostutkimuksilla on ollut myös spesifisiä tavoitteita, jotka liittyvät erilaisten hoitoideologioiden testaamiseen tai tukemiseen.

Keskeinen kiista, jossa tutkimuksella on ollut merkittävä tehtävä, koskee raitistumistavoitteen realistisuutta tai välttämättömyyttä hoidossa. Asia on edelleen kiistanalainen ja osittain jopa tulenarka (Comments 1977).

Kontrolloidun juomisen mahdollisuutta on tutkittu ainakin kolmea eri lähestymistapaa käyttäen. Ensinnäkin koetilan-teessa on pyritty selvittämään ”yhden ryyppyn myyttiä” ja on havaittu, että joillekin kohtuujuominen on mahdollista (Poikolainen 1974).

Pitkien seuranta-aikojen avulla on lähestytty samaa kysymystä ja on havaittu, että osa hoidossa olleista henkilöistä

pystyy säilyttämään kontrolloidun juomisen muodon. Luvut ovat yleensä olleet 5—15 %:n luokkaa (Davies 1962; Tuominen 1966 b; Pattison & al. 1966).

Kolmanneksi on itse hoitotapahtumassa pyritty ohjaamaan kohtuuteen eikä raittiuteen. R. Pophamin ja W. Schmidtin aineistossa tällaiseen hoitoon osallistuneista oppi 19 % juomaan kontrolloidusti, kun seuranta-aika oli kaksi vuotta (1976). Kontrolloidun juomisen onnistumisen todettiin olevan yhteydessä ennen hoitoa vallinneeseen alkoholin kulutustasoon.

M. Sobellin ja L. Sobellin tutkimuksissa kohtuustavoite yhdistettynä oppimisteoreettiseen lähestymistapaan nojaavaan hoitoon antoi jatkuvasti parempia tuloksia keskimääräisillä ns. hyvillä päivillä (raittiit ja kontrolloidun juomisen päivät) mitattuna kuin hoito, joka suuntautui raittiuteen ja oli tavanomaista kliinistä hoitoa (Pomerleau & al. 1976).

Kohtuuden ottaminen hoidon tavoitteeksi edellyttää, että kiinnitetään huomiota kontrolloidun juomisen sisältöön. Normaalijuojien määrä seurantahetkellä ei riitä kuvaamaan juomista koko seuranta-aikana. Muutosta juomistavoissa olisi tutkittava erilaisten teorioiden valossa. Tästä syystä sosiaalisairaalassa käytetyn mittausmenetelmän mukaan vähentäneet-luokkaan sijoitettuja ei voida tulkita kohtuudella juojiksi.

Toinen spesifinen kysymys, johon hoitotulostutkimuksella on haettu vastausta, koskee eri tyyppisten hoitomenetelmien suhteellista tuloksellisuutta tai paremmuutta. Tällaisia tutkimuksia on suoritettu meillä Suomessakin. Näistä mainittakoon a-klinikkahoidon ja sairaalahoidon tuloksellisuusvertailu (Bruun & Markkanen 1961), Pyynikin katkaisuasematutkimus (Turpeinen & Valkeapää 1975), Järvenpään sosiaalisairaalan seurantatutkimukset (Kekki & Uitto 1974; Kuurne 1976), Jyväskylän kuntoutuskeskuksen toiminta- ja tuloksellisuustutkimus (Mäkinen 1975), krapulahoitokokeilu (Tuominen 1966 a; Immonen 1970), hoitokotitutkimukset (Tuominen & Mäkelä 1970), Kankaanpään A-kodin seurantatutkimus

(Lepikkö 1976), asuntolatutkimukset (Lehtonen & Murto 1974 ja 1976) jne.

Edellä mainittujen lähestymistapojen lisäksi on tehty hoitoyhteisövertailuja (Kühlhorn 1974), selvitetty neuvonnan antamia tuloksia (Edwards & al. 1977), eri ryhmätyömenetelmien antamia tuloksia (Pomerleau & al. 1976), verrattu oppimisteoreettista hoitomallia tavanomaiseen kliiniseen terapiaan (Pomerleau & al. 1976) jne. joitakin esimerkkejä mainitakseni.

Mainittavia tuloseroja ei menetelmien välillä ole havaittu. Avo- ja laitoshoidon tulosten välillä ei ole todettu merkittäviä eroja. Fyysiseen kuntoutukseen perustuva hoito antaa samat tulokset kuin monipuolinen psykoterapeuttinen hoito.

Eri hoitomuodoilla saatuja tuloksellisuuslukuja tarkasteltuaan C.D. Emrick toteaa, että jatkuvat pyrkimykset kehittää tekniikoita, joilla päästäisiin erityisen hyviin tuloksiin, näyttävät suhteellisen hedelmättömiltä (Emrick 1975). Hän tuli tähän johtopäätökseen 384 tutkimuksesta tehdyn katsauksen perusteella. Ainoastaan viidessä tutkimuksessa eri menetelmien saadut tulokset erosivat toisistaan testattaessa eroja 5 %:n merkitsevyystasolla ja käytettäessä 6—12 kuukauden seuranta-aikaa. Puutteellisten vertailumahdollisuuksien vuoksi ainoastaan 72 tutkimuksen osalta voitiin tuloseroja ylipäänsä arvioida.

Erilaisten terapiamenetelmien ohella on tutkittu myös nollavaihtoehtoa eli hoitamattomia alkoholisteja sekä ns. spontaanin paranemisen mahdollisuutta.

Mm. R. Kendell ja M. Staton ovat todenneet, että tietoja edellä mainituista vaihtoehtoista olisi oltava, ennen kuin yleisille hoitotulosluville ja eri menetelmien saaduille luvuille voidaan panna merkitystä (Kendell & Staton 1964). Emrick on jatkanut analyysiä tältä pohjalta (Emrick 1975). Katsauksessaan hän pyrki selvittämään, millainen on hoidettujen alkoholistien juomiskäyttäytymisen verrattuna henkilöihin, joita ei ole hoidettu tai on hoidettu minimaalisesti (enintään 5 avohoitokäyntiä tai alle 2

viikon laitoshoidon).

Emrickin tarkastelulähtökohta oli seuraava: Jos hoidolla saatu paraneminen ylittää paranemisen ilman terapiaa, voidaan tehdä johtopäätös, että hoito auttaa enemmän kuin vahingoittaa muiden tekijöiden ollessa sama. Jos paraneminen on samanlaista terapiaa käytettäessä kuin ilman sitä, hoidosta ei todennäköisesti ole haittaa eikä hyötyä. Jos ilman terapiaa paraneminen ylittää terapialla saadun paranemisen, hoito todennäköisesti estää alkoholisia paranemasta.

Todettuaan, ettei merkittäviä eroja ilmennyt ns. hoitamattomien ja vähän hoidettujen välillä (raittiina edellisistä 13 % ja jälkimmäisistä 21 % sekä juomistapoja parantaneita yhteensä edellisissä 42 % ja jälkimmäisissä 40 %), Emrick yhdisti nämä luokat. Tämän jälkeen hän vertasi tätä ryhmää ns. enemmän hoitoa saaneisiin. Seuranta-aika oli edelleen vähintään 6 kuukautta. Hän teki seuraavia johtopäätöksiä: raitistumisluvut eivät ratkaisevasti muutu sen perusteella, hoidetaan-ko alkoholisteja vähän vai ei ollenkaan vai enemmän kuin minimaalisesti. Hoidon määrä sen sijaan nostaa parantuneiden osuuden 40 %:sta keskimäärin 60 %:iin silloin, kun on hoidettu enemmän kuin minimaalisesti (eli hoito on kestänyt yli 2 viikkoa tai avohoitokäyntejä on ollut yli 5). Toisin sanoen hoidolla on jossain määrin mahdollista vähentää juomisongelmaa, mutta alkoholistien toipuminen on suhteellisen merkittävää ilman hoitoa-kin tai hoidettaessa vain vähän. Saman tuloksen saivat myös Rand reportin tekijät (Comments 1977).

Päihdehuollon tuloksellisuuskysymyksen yhteydessä on AA-liikkeen merkitystä paljon punnittu. Kysyttäessä runsaalta 11 000 AA-kerhoon osallistujalta näiden viimeisen alkoholin käytön ajankohtaa oli jakauma seuraava: edellisen vuoden aikana oli käyttänyt noin 40 %, 1–5 vuotta sitten oli käyttänyt 35 %, 6–10 vuotta sitten 13 %, 10–20 vuotta sitten 10 % ja yli 20 vuotta sitten 2 %. Ei tietoa -vastauksia oli vajaat 2 %. Kysely suoritettiin Yhdysvalloissa ja Kanadassa ja aineisto on

peräisin 60-luvulta (AA-laiset tutkimuksen kohteina, 1969).

Johtopäätöksiä tulostutkimusten pohjalta

Edellä esitettyjen tutkimusten ja katsausten pohjalta voidaan tehdä seuraavia johtopäätöksiä:

1. Hoitotulostutkimuksiin liittyy vakavia metodisia ongelmia, joita on mahdollton täydellisesti ratkaista.

2. Metodiset ongelmat eivät kuitenkaan kokonaan mitätöi yleisiä tuloksia.

3. Erilaisten hoitotutkimusten ja terapiamenetelmien testaaminen ja vertaaminen näyttää tulostutkimusten keinoin lähes mahdottomalta, koska a) ideologiset erot eivät pääse näkyviin tulosten ollessa yleensä vähäisiä tai b) tekniset ja metodiset ongelmat ovat suhteellisesti niin suuria, että pieniä eroja, joita todellisuudessa ehkä syntyy, ei käytetyillä keinoilla saada esille.

RATKAISUVAIHTOEHTOJA

Edellä esittämässäni ei ole tavallaan mitään sellaista uutta, joka jo ei olisi niin käytännön työntekijöiden, hallinto- ja suunnitteluihmisten kuin tutkijoidenkin tiedossa. Käsittääkseni onkin aika miettiä, mitä voidaan tehdä päihdehuollon kehittämiseksi ja miten tutkimus voi olla tässä avuksi. Hoidon kysyntä on suurta ja tarpeet moninaisia. Meillä ei ole varaa tehdä äärimmäisyysratkaisuja ja siirtyä näin ollen joko terapistiselle tai nihilistiselle linjalle.

Lähtiessään hoidon intensiteetin ja pituuden lisäämisestä terapismi päättyisi resurssien puuttuessa lopulta umpikujaan. Vastakkainen ratkaisu johtaisi aiheettomaan kyynisyyteen. Edellä mainittuja ratkaisuja arvioitaessa on pidettävä mielessä saadut tulokset: hoidosta on joka tapauksessa enemmän hyötyä kuin hoitamattomuudesta, mutta erot eivät ole niin suuria, että ne sinänsä tekisivät jommankumman ratkaisun yksipuolisesti oikeutetuksi. Äärimmäisyysvaihtoehtojen si-

jasta on hedelmällisempää käsitellä muita ratkaisumahdollisuuksia.

Tulostutkimus sinänsä on tuonut uusia mahdollisuuksia. Suhteellisen muutoksen indeksi on menetelmä, joka pyrkii yhdistämään eri alueilla, kuten päähteiden käytössä, toimeentulossa, asumisessa, ihmissuhteissa jne., tapahtuneen muutoksen yhdeksi kokonaisuudeksi (Stallings & Oncken 1977). Menetelmällä voidaan parantumista arvioida kokonaisvaltaisemmin kuin aikaisemmin ja saada yksilössä tapahtunut muutos suhteutetuksi esim. yleiseen tulosjakautumaan. Tähän on mahdollisuuksia myös mittausteknisesti meillä sosiaalisairaalassa, mikäli asiakkaan päähteiden käyttöä tarkastellaan alussa mainitsemaani tulosjakautumaa vasten. Hyödylliseksi menetelmä osoittautuu vasta silloin, kun muutosta ei johdeta vallitsevista käsityksistä vaan tieteellisesti pätevältä pohjalta.

Ratkaisuvaihtoehdon tarjoaa myös kustannus-hyötyanalyysi (Uusitalo 1974). Olennaista kustannus-hyötyanalyysissä on se, että toimenpiteiden vaatimat kustannukset ja toimenpiteestä saatava hyöty mitataan samalla mittarilla, rahassa. Hyödyn ja kustannusten suhde ratkaisee asian sikäli, että suhteen ollessa yksi voidaan joko ryhtyä toimenpiteeseen tai ei voida. Jos suhde on yli yksi tai alle yhden, edellisessä tapauksessa toimitaan kannattaa ryhtyä, jälkimmäisessä ei.

Ajatusmallina kustannus-hyötyanalyysi tuntuu päättäjän mielestä tietenkin yksinkertaiselta ja selkeältä. Sitä on voitu myös suhteellisen tuloksellisesti soveltaa sosiaalihuollon sektoreilla esim. liikuntavammaisten työhön sijoittamisessa (Gogstad & Buren 1974). Alkoholistihuollon tulostutkimukseen se tuskin kuitenkaan kelpaa. Raitistumisluvuille ja juomistaan vähentäneille pitäisi onnistua määrittelemään rahallinen arvo, jota voitaisiin verrata kustannuksiin. Tämä johtaa siihen absurdateettiin, jonka alussa totesin: raitis alkoholisti à 46 000 mk ja yleensä parantunut à 9 000 mk.

Kustannus-hyötyanalyysiin verrattuna kustannus-vaikuttavuusanalyysi on tu-

loksellisuusarvioinnissa jo huomattavasti käyttökelpoisempi menetelmä (Sintonen 1975). Kustannukset mitataan tällöin rahassa, hyöty sen sijaan fyysisissä yksiköissä.

Kustannus-vaikuttavuusanalyysi voi tapahtua kahteen suuntaan. Resurssien ollessa annettuja yritetään etsiä vaihtoehto, jolla saataisiin syntymään mahdollisimman suuri vaikutus tavoitemuutuksessa, tai tavoitteen ollessa annettu etsitään, millä vaihtoehtoilla menetelmällä tavoite saavutetaan vähäisimmillä voimavaroilla ja vähimmillä haittavaikutuksilla. Se, kumpi tapa valitaan, riippuu tavoitteista ja voimavaroista.

Menetelmä edellyttää tavoitteiden tarkkaa ja yksiselitteistä määrittelyä, jotta vaikuttavuutta voidaan arvioida. Kriteerien, joilla vaikuttavuus todetaan, tulee olla mitattavissa. Toimenpiteiden kohderyhmät tulee määritellä selvästi, että aineiston todenperäisyys voidaan tutkia. Menetelmän käyttöön liittyy vaikeuksia, mutta mikäli perusehdot pystytään täyttämään, on menetelmällä merkitystä päihdehuollon tuloksellisuuskysymyksessä myös kustannusosuuden arvioinnissa.

Edellä mainitut ratkaisuvaihtoehdot saattavat tuntua kovin teknisiltä ja näennäisiltä. Näin tavallaan onkin. Niiden käyttöarvo kuitenkin kasvaa sitä mukaa kuin soveltamiseen avautuu mahdollisuuksia. Suoranaisia edellytyksiä tuloksellisuuden arvioimiseen voidaan lisätä kahta tietä: 1) parantamalla päihdehuoltojärjestelmän toimivuutta ja 2) muuttamalla hoitokokeilujen luonne operatiiviseksi. Molempia näitä tulisi kehittää rinnakkain.

Nykyisen järjestelmän toimivuutta voidaan parantaa eriyttämällä hoidon tavoitteet erilaisten hoidon tarvitsijoiden ja kysyjien mukaan. Tämän jälkeen toimenpiteiden kohderyhmät on maksimoitava. Kustannusten osuuteen on kiinnitettävä huomiota, koska hoidon intensiteetti ei voi olla ainut toimintaa ohjaava tekijä.

Nykytilanne ei ole ongelmaton, mutta päihdehuollon toimivuutta voidaan lisätä

esim. poistamalla asiakkaiden satunnainen valikoituminen eri hoitopalveluihin jo hoitoonohjaamisvaiheessa. Määrittelemällä hoitoyksikköjen tavoitteet mahdollisimman selvästi voidaan toimintapisteiden suoritteita seurata. Tietouden lisääminen yleensä alkoholin käytöstä ja alkoholismin esiintymismuodoista antaa mahdollisuuden jäsentää työtä.

Toisena vaihtoehtona toin esille hoitokokeilujen luonteen muuttamisen intuitiivisesta operatiiviseksi. Tämäkään tie ei ole ongelmaton. Tutkijoiden sijoittaminen sinänsä käytännön toimintapisteisiin ei riitä. Tästä meillä sosiaalisairaalassa on kokemuksia.

Tutkimuksen tulee ohjata eri hoitokokeiluja eikä päinvastoin. Kokeilulaitos muuttuu tutkimuslaitokseksi. Tällöin lähdetään teoriasta, jota eri hoitokokeiluilla testataan. Tarvitaan useita testauksia, jotta eri menetelmien keskinäinen paremmuus voidaan osoittaa. Tämä tieto siirretään sen jälkeen käytännön hoitopisteisiin, joissa toimintaa voidaan suunnata saatujen tietojen pohjalta.

KIRJALLISUUS

AA-laiset tutkimuksen kohteina. *Alkoholipolitiikka* 34 (5): 270—271, 1969

Bruun, K. & Markkanen, T.: Onko alkoholismi parannettavissa? *Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja* no 11. Helsinki 1961

Comments: The Rand report. *J. Stud. Alc.* 38: 152—193, 1977

Davies, D.: Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quart. J. Stud. Alc.* 23: 94—104, 1962

Edwards, G., Orford, J., Egert, S., Guthrie, S., Hawker, A., Hensman, C., Mitcheson, M., Oppenheimer, E. & Taylor, C.: Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice". *J. Stud. Alc.* 38: 1004—1031, 1977

Emrick, C.D.: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism, I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quart. J. Stud. Alc.* 35:523

—549, 1974

Emrick, C.D.: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism, II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. *J. Stud. Alc.* 36: 88—109, 1975

Giesbrecht, N., Pernanen, K., Corlis, C., Tolnai, F. & Beaverstone, S.: Sociological trends in the treatment of alcoholics 1940—1972. Report on analysis of abstracted literature. Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario 1975

Gogstad, A. & Buren, G.: Cost benefit analys av en rehabiliteringsverksamhet. *Socialmedicinsk tidskrift* 51 (7): 483—493, 1974

Immonen, E. J.: Kirjallisuuskatsaus alkoholistien lääkehoidosta. *Alkoholikysymys* 38 (1): 24—28, 1970

Järvenpään sosiaalisairaalan toimintakertomus vuodelta 1976

Kekki, J. & Uitto, K.: Seurantatutkimus vuonna 1972 Järvenpään sosiaalisairaalassa hoidetuista asiakkaista. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 1/1974

Kendell, R. & Staton, M.: The fate of untreated alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 25:30—41, 1964

Kuurne, K.: Seurantatutkimus Järvenpään sosiaalisairaalassa v. 1973 hoitonsa päättäneistä huollettavista. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 2/1976

Kühlhorn, E.: Effekter av behandling. Alkoholistbehandling i terapeutiska samhallen och traditionella anstalter. Vänersborg 1974

Lehtonen, H. & Murto, L.: Asuntolatutkimus I. Mitä asuntolat ovat ja kuka niissä asuu. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos, julkaisusarja A, tutkimuksia ja selvityksiä no 3. Tampere 1974

Lehtonen, H. & Murto, L.: Asuntolatutkimus II. Nykyisen kuntoutustoiminnan arvioinnista ja sosiaalisen kuntoutuksen järjestelmän suunnittelusta. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos, julkaisusarja A, tutkimuksia ja selvityksiä no 17. Tampere 1976

Lepikkö, A.: Seurantatutkimus Kaanpään A-kodista. Järvenpään sosiaa-

lisairaalan julkaisu 3/1976

Miller, B., Pokorny, D., Valles, J. & Cleveland, E.: Biased sampling in alcoholism treatment research. *Quart. J. Stud. Alc.* 30:97—107, 1970

Mäkinen, H.: Alkoholin liikakäyttäjien kuntoutus. Evaluatiivinen tutkimus Keski-Suomen kuntoutuskeskuksessa. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuslause no 89, 1975

Pattison, E.M.: A critique of alcoholism treatment concepts with special reference to abstinence. *Quart. J. Stud. Alc.* 27: 523—549, 1974

Pattison, E.M., Headley, B., Cleser, C. & Gottschack, L.: Abstinence and normal drinking. *Quart. J. Stud. Alc.* 27: 610—633, 1966

Poikolainen, K.: Juomisen hallinta ja alkoholismi. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 11 (5): 265—269, 1974

Pomerleau, O., Pertschuk, M. & Stinnett, J.: A critical examination of some current assumptions in the treatment of alcoholism. *J. Stud. Alc.* 37: 849—867, 1976

Popham, R. & Schmidt, W.: Some factors affecting the likelihood of mod-

erate drinking by treated alcoholics. *J. Stud. Alc.* 37: 868—882, 1976

Sintonen, H.: Näkökohtia kustannus-hyöty/vaikuttavuusanalyysistä sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Sosiaalinen aika-*kauskirja 69 (6): 599—604, 1975

Stallings, D. & Oncken, R.: A relative change index in evaluating alcoholism treatment outcome. *J. Stud. Alc.* 38: 457—464, 1977

Tuominen, E.: Kokemuksia krapulan-hoitoasemien toiminnasta. *Alkoholipoliitiikka* 31 (1): 3—10, 1966. 1966 a

Tuominen, E.: Kymmenen vuotta hoitoontulon jälkeen. *Alkoholipoliitiikka* 31 (4): 183—187, 1966. 1966 b

Tuominen, E. & Mäkelä, K.: Puolimat-kantalo alkoholistien hoitomuotona. *Alkoholipoliitiikka* 35 (4): 192—197, 1970

Turpeinen, S. & Valkeapää, K.: Tutkimuksia Pyynikin katkaisuhoidoasemasta, sen hoitotuloksista ja asiakkaista. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos, julkaisusarja A, tutkimuksia ja selvityksiä no 8. Tampere 1975

Uusitalo, P.: Suunnittelun tavoitteet ja keinot. Helsinki 1974.

Alkoholipoliitiikka Vol. 43:135—142, 1978